

## FICHA DE INSCRIPCIÓN – CAMPUS INFANTIL BELLAVISTA 2019

### PARTICIPANTE

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

CENTRO ESCOLAR:

### RESPONSABLE

Nº [    ]

NOMBRE:

APELLIDOS:

TELÉFONO:

EMAIL:

POBLACIÓN:

Marque del 1 al 4 en orden de preferencia de los Campus

- CAMPUS DE NATURALEZA Y OCIO
- CAMPUS DE GOLF
- CAMPUS DE FÚTBOL
- CAMPUS DE TENIS

### **FECHA/PERÍODO AL QUE SE INSCRIBE**

(Indique semana o días si corresponde)

### **ACTIVIDADES EXTRAS SÍ / NO**

(Marque con un círculo)

|              | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE |
|--------------|-------|-------|--------|------------|
| MES COMPLETO |       |       |        |            |
| SEMANA       |       |       |        |            |
| DÍAS SUELTOS |       |       |        |            |

HORA DE ENTRADA

HORA DE SALIDA

OBSERVACIONES:

FORMA DE PAGO (transferencia bancaria, metálico...)

RESERVA

TOTAL

FECHA Y FIRMA

DNI

SELLO CLUB Nº



## AUTORIZACIÓN DEL USO DE FOTOS

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, incluimos ficha de "Autorización de imagen de menores para uso promocional sea en web, folletos, redes sociales, cartelería"; para ello es necesaria la cumplimentación de dicha cláusula.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE o MADRE: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO@: \_\_\_\_\_

AUTORIZO a BELLAVISTA CLUB DE GOLF HUELVA y a NATURALEZA Y OCIO C.B., para que inserte la imagen de mi hijo/a en web, folletos, redes sociales, cartelería. ..

La presente autorización permanecerá vigente de manera indefinida mientras no sea revocada de manera expresa por parte del otorgante.

Firma y D.N.I.:

## AUTORIZACIÓN PADRE/MADRE/TUTOR

El/La abajo firmante D./Dña.: \_\_\_\_\_

En calidad de padre, madre, tutor/a del Niño/a: \_\_\_\_\_

Manifiesta su autorización para que participe en las Actividades programadas en El Campus de \_\_\_\_\_, tanto en las Instalaciones donde desarrolla su actividad como en las posibles salidas previstas.

Asume las responsabilidades Civiles y Penales, así como los daños ocasionados, que pudieran derivarse de las conductas de mi hijo/a (tutorado/a) que no se correspondan con las instrucciones de los responsables de la actividad. Autoriza al personal responsable para que, en caso de accidente o enfermedad actúe según las prescripciones del personal sanitario que atienda al niño/a.

DNI

Firma

## FICHA MÉDICA

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

1. ¿Padece alguna enfermedad de tipo alérgico?      Sí / NO    ¿Cuál?

2. ¿Padece alguna alergia o intolerancia alimentaria?      Sí / NO    ¿Cuál?

3. ¿Ha estado su hijo/a inmerso en algún Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico en los dos últimos años?      Sí / NO

Por favor, indíquenos la razón:

4. ¿Tiene que tomar algún tipo de medicación?      Sí / NO

Por favor, indíquenos cuál, para qué y su posología

5. ¿Sabe nadar?      Sí / NO

6. Grupo Sanguíneo:

Otros datos que considere oportunos:

Nombre de la madre/padre:

D.N.I.:

### IMPORTANTE:

Por favor, si su hijo/a debe llevar algún tipo de medicamento, déselo al Responsable del Grupo. Nosotros lo guardaremos para su administración.